

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ACTIVIDADES

FOR OFFICE USE	S
Verified By _____	
Date _____	

Llene **AMBOS LADOS** del formulario de inscripción para **CADA** participante. Es necesario que recibamos un formulario con toda la información, firmado y legible y el pago de cada participante antes de poder permitir su participación. Envíe este formulario por correo o fax o llévelo con su pago, lo más pronto posible al: **Departamento de Parques y Recreación, 620 Laguna Street, Santa Barbara, CA 93101. Tel: (805) 564-5418 Fax: (805) 564-5480**

Nombre del Participante: Apellido										Nombre																			
Dirección _____										Ciudad _____										Código Postal _____									
Número de Teléfono _____										Fecha de Nacimiento ____/____/____										<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino									
Email _____																													

**INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES MENORES DE 18 AÑOS**

Escuela \_\_\_\_\_ Año Escolar Sept/2006 \_\_\_\_\_

Padre Custodio o Tutor Legal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Otras personas autorizadas para recoger al participante \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD Y EL PAGO**

Llene esta sección al inscribirse en persona, por correo, por fax o por Internet. Especifique la sesión de la actividad para la cual esta inscribiendo al participante nombrado Si se ha inscrito por Internet usando eRecreation, no incluya la cuota ni la información de pago.

**Para recibir las cuotas de descuento para residentes, debe de proporcionar su Número de Identificación (User ID) de su Tarjeta de Descuento para Residentes (RDC, en ingles).** Visite nuestra página de Internet para más información acerca del Programa de Descuento para Residentes. **RDC USER ID:** \_\_\_\_\_

Código de la Actividad	Nombre de la Actividad y Sesión	Fecha de Inicio	Cuota

**Método de pago:**  Efectivo  Cheque ("City of Santa Barbara")  Inscripción por Internet **Total de Cuotas** \_\_\_\_\_

Visa  MasterCard # \_\_\_\_\_ Vencimiento \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA	Relación	Teléfono Casa	Teléfono Trabajo	Celular/Pager
1.				
2.				
3.				

*Es la responsabilidad del participante divulgar toda la información referente a su salud y sus necesidades especiales. Es posible que a los participantes con necesidades o condiciones especiales se les requiera dar información adicional y/o la autorización de un médico. La información se mantendrá confidencial y será utilizada sólo para determinar el cuidado apropiado.*

Salud y Necesidades Especiales	Sí	No	Si, sí, por favor explique y enumere los medicamentos actuales
ADD, ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Leves <input type="checkbox"/> Moderadas <input type="checkbox"/> Severas
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa
Enfermedades contagiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Cuidado de diabetes independiente <input type="checkbox"/> Necesita ayuda diaria
Restricciones de dieta o de actividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastornos Convulsivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de la última convulsión: ____/____/____ Tipo de convulsión: _____
Otras aflicciones/incapacitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Usuario de silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transferencia: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Ayuda parcial <input type="checkbox"/> Ayuda total
Petición de evaluación para ayuda por incapacidad (Inclusión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Para más información sobre el Programa de Inclusión llame al 564-5421.

**PERMISO PARA AUTORIZAR EL TRATAMIENTO DE MENORES DE EDAD:** En caso de una lesión o enfermedad de emergencia mientras que el participante esté asistiendo a la actividad de recreación, autorizo, por medio del presente, que el Departamento de Parques y Recreación dé consentimiento de tratamiento médico en beneficio de mi hijo/a. El abajo firmado, como padre o tutor legal del menor aquí nombrado, autoriza por medio del presente al Departamento de Parques y Recreación y sus representantes, empleados y agentes mayores de edad, a los que se les ha confiado el cuidado del menor inscrito, a dar consentimiento para cualquier radiografía, examen, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y hospitalización para dicho menor, bajo supervisión general o especial, y bajo el concejo de un doctor o cirujano autorizado. Esta autorización se da conforme a las provisiones del artículo 6910 del Código Familiar de California. Queda entendido que si el tiempo y las circunstancias razonablemente lo permiten, el Departamento de Parques y Recreación se esforzará, pero no está requerido, a comunicarse con los padres o el tutor antes de dar consentimiento para dicho tratamiento. El abajo firmado se compromete a LIBERAR, RENUNCIAR, NO INCULPAR y ACUERDA NO DEMANDAR a la Ciudad de Santa Bárbara, sus empleados, representantes, y agentes, ni en nombre propio, ni en nombre del menor, de sus representantes, sucesores, herederos, ni pariente más cercano, por cualquier pérdida, daño, o reclamo por consiguiente a cuenta de cualquier lesión al menor asociada con cualquier cuidado médico proporcionado conforme al consentimiento otorgado de acuerdo con esta autorización. Esta autorización de consentimiento para dar tratamiento al menor anteriormente identificado, se le otorgada al Departamento de Parques y Recreación conjuntamente con cualquier actividad o evento en el que el cuidado del menor se le encomienda al Departamento de Parques y Recreación.

SUS INICIALES \_\_\_\_\_

**PERMISO PARA LA PARTICIPACION DE MENORES DE EDAD EN EXCURSIONES:** Algunas actividades de recreación incluyen excursiones a parques o sitios públicos. El personal y los participantes llegan a su destino caminando o en autobuses públicos, trolley u otro vehículo aprobado por la Ciudad. Por medio de la presente autorizo que el personal del Departamento de Parques y Recreación lleve a mi hijo en excursiones durante la actividad de recreación.

SUS INICIALES \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN DE LA HABILIDAD DE NADAR DEL PARTICIPANTE MENOR DE EDAD:** El Programa de Recreación puede incluir actividades acuáticas en una piscina, playa u otro lugar con agua. Por favor indique con una "X" cual es la mejor descripción de las habilidades de natación del participante.

- I El participante no sabe nadar o se siente incómodo o nervioso cerca del agua. No puede poner la cara en el agua, mantener la respiración bajo el agua, enderezarse ni flotar.
- II El participante puede mantener la respiración, sumergir la cabeza completamente debajo del agua, enderezarse, flotar sin ayuda por cinco (5) segundos, patear y voltearse de espalda estando boca abajo. El participante se pone incómodo si el agua le llega sobre la cabeza y no puede propulsarse más de diez (10) yardas.
- III El participante se siente cómodo en agua profunda, puede demostrar técnicas básicas de natación con respiración controlada, puede propulsarse veinticinco (25) metros y pedalear en el agua durante dos minutos.
- IV El participante está cómodo en aguas profundas, puede demostrar técnicas avanzadas de natación con respiración controlada, puede propulsarse continuamente un mínimo de 100 metros, pedalear en el agua durante 4 minutos y nadar una distancia se quince (15) metros por debajo del agua.

**PERMISO PARA USO DE FOTOGRAFÍAS PARA TODOS LOS PARTICIPANTES:** El Departamento de Parques y Recreación puede tomar fotografías de los participantes para uso publicitario. Las fotos de los participantes se utilizan en las guías de actividades de la Ciudad y otros medios publicitarios. Por medio del presente autorizo a la Ciudad de Santa Bárbara a utilizar, mi imagen, nombre, voz y palabras de en cualquier informe impreso, o de radio o tele-difusión de este evento o actividad sin costo alguno.

SUS INICIALES \_\_\_\_\_

**CÓDIGO DE CONDUCTA PARA TODOS LOS PARTICIPANTES:** Al presentar esta solicitud, Usted, en nombre propio o en el de nombre de su hijo menor de edad, se compromete a cumplir con las políticas y condiciones del "Código de Conducta" del Departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de Santa Barbara. (Para ver las políticas completas del Código de Conducta, vaya nuestra página de Internet [www.sbparksandrecreation.com](http://www.sbparksandrecreation.com) bajo "About Parks & Recreation" o vea la Guía de Actividades actual.

**ACUERDO DE LIBERACION PARA TODOS LOS PARTICIPANTES: CONTRATO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE LA CIUDAD DE SANTA BARBARA: EN CONSIDERACIÓN DE QUE SE LE PERMITA PARTICIPAR O UTILIZAR CUALQUIER INSTALACIÓN DE LA CIUDAD EN CONEXIÓN CON ESTA ACTIVIDAD, EL ABAJO FIRMADO SE COMPROMETE A CUMPLIR CON LO SIGUIENTE:**

1. EL ABAJO FIRMADO SE COMPROMETE A LIBERAR, RENUNCIAR, NO INCULPAR Y ACUERDA NO DEMANDAR A LA CIUDAD DE SANTA BÁRBARA, SUS EMPLEADOS, REPRESENTANTES, NI AGENTES (denotados aquí como "liberados") de cualquier responsabilidad hacia el suscrito, sus representantes personales, sucesores, herederos, y pariente más cercano por cualquier pérdida, daño, o reclamo por cuenta de cualquier daño a la persona o los bienes del suscrito, ya sea causado por negligencia u omisión de los liberados u otros, mientras que el abajo firmado esté participando en una actividad de la Ciudad o utilizando una de sus instalaciones en conexión con la actividad.

2. EL ABAJO FIRMADO SE COMPROMETE A INDEMNIZAR Y LIBERAR DE RESPONSABILIDAD a los liberados de cualquier responsabilidad, reclamos, demanda, acción legal, cargo, costo y honorarios de abogado (incluyendo aquellos para establecer la indemnización de los liberados y/o apelar) resultando de la participación en esta actividad, ya sea causada por negligencia u omisión.

3. EL ABAJO FIRMADO ASUME RESPONSABILIDAD TOTAL POR EL RIESGO DE DAÑO CORPORAL, MUERTE O DAÑOS A PROPIEDAD al encontrarse en una propiedad de la Ciudad o al utilizar sus instalaciones o equipo, o al participar en la actividad, ya sea por negligencia u omisión. El abajo firmado expresamente acuerda que el presente contrato y sus cláusulas son tan amplios e inclusivos como permite la ley de California y si cualquier porción se considera nula, el resto mantendrá fuerza y efecto legal.

DOY CONSTANCIA QUE HE LEÍDO lo anterior y estoy enterado de las consecuencias legales de este contrato, incluyendo mi renuncia al derecho a demandar a la Ciudad, sus empleados, funcionarios o representantes, si me lesiono o hago daño al participar en esta actividad. También hago constar que no se ha hecho ninguna representación, declaración o instigación verbal.

SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE EDAD, su padre custodio o su tutor legal deberá leer y celebrar este contrato. Con el presente certifico que soy el padre custodio o el tutor legal del menor de edad ✓ \_\_\_\_\_ (NOMBRE COMPLETO) y me comprometo en nombre propio y en el del menor a los términos y condiciones del contrato.

✓ Participante o Padre/Tutor: Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_